

سهم خواری در ارجاع بیماران و اشکال امروزی آن

عزیزاله عباسی دزفولی

محمد بهگام شادمهر

کامبیز شیخی

ابوالقاسم دانشور

سید رضا ثاقبی

رویافرزانگان

ساوین پزهران

چکیده

زمینه: پرداخت مقداری از حق‌العلاج در ازای ارجاع بیمار به پزشک، آزمایشگاه یا مراکز درمانی، کم و بیش در جامعه پزشکی ما دیده می‌شود، این پدیده سهم‌خواری (fee splitting) خوانده می‌شود، علیرغم اینکه در مجلات علمی بین‌المللی و محافل پزشکی خارج از کشور این پدیده مورد نقد و بررسی قرار گرفته است ولی در محافل و نشریات پزشکی داخل کشور کمتر به آن توجه شده است.

روش: متون پزشکی خارجی و مواضع انجمن‌های پزشکی در زمینه فوق مورد بررسی قرار گرفت. مبانی حقوقی پدیده «حق حساب» در امر ارجاع پزشکی نیز جستجو شد سپس تحلیل موضوع به صورت نتایج و بحث ارائه شد.

یافته‌ها: نوشته‌های معتبر پزشکی و بسیاری از انجمن‌های پزشکی با اخذ دستمزد در مقابل ارجاع بیمار مخالف هستند و آن را غیرموجه و غیرقانونی می‌دانند. در اغلب کشورها قوانین مدون بر علیه این پدیده وجود دارد. در داخل کشور نیز این پدیده مخالف قانون شناخته شده است، افراد سرشناسی بر علیه این پدیده موضع‌گیری قاطع بیان کرده‌اند و تأکید شده است که در حرفه پزشکی دریافت وجه و هرگونه درآمد فقط از طریق ارائه خدمات مشخص و مستقیم پزشکی به بیمار جایز است. اما در عمل اشکال

مختلف سهم‌خواری در جامعه پزشکی ما دیده می‌شود و برخورد آگاهانه و فعالی با آن در انجمن‌های پزشکی و گردهمایی‌های داخلی وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: وجود این پدیده برخلاف موازین حقوق بیماران و حرفه پزشکی است و باعث تخریب روابط سالم پزشکی، صدمه به بیمار و جلوگیری از توسعه علمی - اخلاقی در جامعه پزشکی می‌شود. لازم است انجمن‌های پزشکی مواضع علمی در این مورد داشته باشند و نیز در جریان آموزش دانشجویان و دستیاران نمود داشته باشد.

واژگان کلیدی

سهم‌خواری؛ حرفه پزشکی؛ اخلاق پزشکی؛ حقوق بیماران.

سهم‌خواری در ارجاع بیماران و اشکال امروزی آن

واژه سهم‌خواری به معنی پرداخت مقداری از حق‌الزحمه درمانی در ازای ارجاع بیمار به پزشک، آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه یا مراکز درمانی دیگر است. این واژه معادل واژه انگلیسی «Fee Splitting» است. در زبان انگلیسی واژه‌های دیگری نیز در این معنا مورد استفاده قرار می‌گیرند. از جمله Kickbacks, Rebates, Commissions (هانا اچ.وی، ۱۹۹۸، ص ۹۶۷-۹۶۶) همچنین در فارسی واژه‌های مشابه نظیر تقسیم درآمد و حق حساب به کار رفته است. سهم‌خواری در اشکال مختلف دیگری از روابط پزشکان و بیماران نیز وجود دارد. از جمله رابطه سودجویانه پزشکان و بیمارستان‌ها با شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، نحوه اجاره دادن مطب‌ها و سهم بیمارستان و حتی نحوه دادن اطلاعات به بیماران در مورد پزشکان متخصص دیگر. علیرغم اینکه در مجلات علمی بین‌المللی و محافل پزشکی خارج از کشور این پدیده مذموم و غیرقانونی و مغایر با اخلاق پزشکی شناخته شده است و به صورت گسترده مورد نقد و بررسی قرار گرفته است ولی در محافل و نشریات پزشکی داخل کشور کمتر به آن توجه شده است (گلاسر دی.ام، ۲۰۰۸، ص ۹۸-۱۰۲ و گاسمن، ۱۹۹۹، ص ۱۵-۳ و جاکوبز، گودمن، ۱۹۹۹، ص ۲۳۹-۲۴۷، جورکیویز، پارکز، ۱۹۸۵، ص ۲۰-۱۹ و عباسی دزفولی و بهگام شادمهر، عرب، جواهرزاده، ۱۳۸۵، ص ۱۱۶-۱۰۹). همچنین در نوشته‌های مختلف پدیده سهم‌خواری از مصادیق تضاد منافع (Conflict of interest) است که امروزه در تمام مقالات، کنفرانس‌ها و طرح‌های پژوهشی توجه به آن الزامی است (دیکنز، کوک، ۲۰۰۶، ص ۱۹۷-۱۹۲). این مطالعه به منظور معرفی و شناخت بیشتر پدیده سهم‌خواری در داخل کشور انجام شده و زمینه‌های اجتماعی، اخلاقی و قانونی آن و نیز انواع متداول

سهم‌خواری را بررسی می‌کند و راه‌حلهایی برای شناخت بهتر پدیده سهم‌خواری در سطح جامعه و جلوگیری و محدود کردن آن پیشنهاد می‌کند.

روش کار: مقالات جدید و قدیم پزشکی که در این زمینه بوده در اینترنت جستجو شد و آنهایی که به نظر مؤلف بهتر به این موضوع پرداخته بود انتخاب و مطالعه شده و مورد ارجاع قرار گرفت. همچنین مبانی حقوقی پدیده سهم‌خواری در نشریات و اعلامیه‌های حقوقی داخل کشور بررسی شد و سپس توسط مؤلف با توجه به تجربه‌های بالینی خود و نیز اطلاعاتی که از طریق گفتگو با همکاران و پرسش از آنها به دست آمد نتایج مورد تحلیل قرار گرفته و به صورت بحث ارائه شد.

برای جستجو در اینترنت از واژه‌های فارسی: سهم‌خواری، تسهیم درآمد، حرفه پزشکی، حقوق بیماران استفاده شد و از واژه‌های انگلیسی - Kickback, Fee- Splitting, Commission, Rebates در حیطه طب استفاده شد. جستجو بیشتر در سایت‌های pubmed.gov, google.com, sid.ir, journals.tums.ac.ir انجام شد.

نتایج: در طب سنتی ایرانی و اسلامی این مسئله به صورت مستقیم مطرح و یا مورد بررسی قرار نگرفته است. اما به صورت غیرمستقیم می‌توان استناد کرد که پزشکان نامدار ایرانی و اسلامی اگر به چنین موضوعی برمی‌خورند آن را خلاف موازین اخلاق پزشکی می‌دانستند. از جمله محمدبن زکریای رازی عدم توجه به مادیات و استفاده از طبابت به عنوان تجارت را منع کرده است (طباطبایی، ۱۳۸۷، ص ۶-۱). احتمالاً به علت عدم وجود زمینه اجتماعی پدیده سهم‌خواری در طب قدیم مشرق زمین، این موضوع مطرح نبوده است. در آن موقع پزشکان از نظر تعداد انگشت‌شمار بوده و اکثر مردم آنها را می‌شناختند و

می‌توانستند بدون واسطه به آنها مراجعه کنند. در موارد خاصی که پادشاه یا امیر و یا حاکمی به علت بیماری نیاز به پزشک داشت بعضی از پزشکان از این موقعیت استفاده کرده و با پرداخت هدیه‌ای به یکی از درباریان متنفذ به آن حاکم یا پادشاه معرفی می‌شدند (الگود، ۱۳۷۱، ص ۱۱۱-۱۰۹). در هر حال این پدیده در دربار سلاطین هم نادر بود چون اگر پزشک معرفی شده نمی‌توانست در درمان موفقیت به دست آورد هم خود و هم معرفی کننده وی مورد غضب و تنبیه قرار می‌گرفتند. در مقالات و نشریات معاصر فارسی نیز فقط دو مورد پیدا شد (در سایت sid.ir) که به طور مستقیم این موضوع را مطالعه کرده است. یکی از آنها از طرف مؤلف بود و در نشریه جراحی ایران چاپ شده است (عباسی دزفولی، بهگام شادمهر، عرب، جواهرزاده، ۱۳۸۵، ص ۱۱۶-۱۰۹) و دیگری در مجله دیابت و لیپید ایران چاپ شده است (لاریجانی، زاهدی، ۱۳۸۵، ص ۱-۱۳۸۵). ولی در کتب و اعلامیه‌های مراجع قانونی کشور پدیده سهم‌خواری به طور مشخص از مصادیق سوء رفتار حرفه‌ای و خلاف قانون شناخته شده است. از جمله دکتر پویا دانشور تحت عنوان سوء رفتار حرفه‌ای «از ارتباطات ناپسند، رابطه با بیمارستان‌ها، دیگر پزشکان، آزمایشگاه و رادیولوژی برای اخذ پورسانت یا سودجویی مالی» اسم می‌برد (گودرزی، ۱۳۷۸ و دانشور، قدوسی، قشلاقی، ۱۳۸۴، ص ۲۵). این در حالی است که در یک مقاله که بررسی فراوانی قصور پزشکان عمومی در شکایات مردم را بررسی می‌کند در طی سه سال ۸۴-۱۳۸۲ اشاره به این موضوع نشده است و هیچ موردی نبوده که پزشکان تحت این عنوان مقصر شناخته شوند (رفیع زاده طبایی زواره، منوچهری، نساجی زواره، ۱۳۸۶، ص ۱۵۷-۱۵۲). اما این موضوع در نشریات بین‌المللی بیش از یک قرن پیش تاکنون نه تنها به طور مکرر بررسی و بحث شده است بلکه اکثر انجمن‌های پزشکی باید به امضاء

اعضاء برسد، شرط عدم اقدام به سهم‌خواری و اشکال مختلف آن گنجانده شده است. از جمله کالج آمریکایی جراحان (American College of Surgeons) در هنگام تأسیس در سال ۱۹۱۳ این موضوع را یکی از شرایط عضویت قرار داد که بایستی اعضای کتباً امضاء کنند.^۱ همچنین انجمن طبی آمریکا (AMA) از قرن نوزدهم این موضوع را در کدهای اخلاق خود گنجانده است ولی تصویب قوانین مشخص بر علیه سهم‌خواری در آمریکا تا سال ۱۹۸۹ طول کشید.^۲ در این سال کنگره آمریکا اولین قانون بر علیه پرداخت‌های مالی غیرقانونی را به تصویب رساند (به نام بانی آن قانون استارک نامیده شد) (ایگلهارت، ۱۹۹۰، ص ۱۶۸۲)

در ایالت ماساچوست نیز به طور مکرر قوانین جدیدی برای این موضوع وضع شده و هر سال اشکال قدیم و جدید سهم‌خواری بحث شده و مفاد قانونی بر علیه آن اعلام می‌شود^۳ در حال حاضر در آمریکا و بعضی کشورهای غربی بر علیه پزشکان یا افرادی که اقدام به شرکت در پدیده سهم‌خواری کرده باشند، مجازات‌های نقدی و حتی زندان اعمال می‌شود. در سایر کشورها نیز قوانین حقوقی و اخلاق پزشکی بر علیه سهم‌خواری است. در یک مطالعه مقایسه‌ای در حیطه کار چشم پزشکی بین ۳ کشور کانادا، آمریکا و عمان انجام شد نشان داده شد که با وجود تفاوت‌های فرهنگی، مسائل اخلاقی مشترکی در این زمینه وجود دارد (لوین، گانش، البوسعیدی، ۲۰۱۱، ص ۲۷-۲۱).

اشکالی از سهم‌خواری که در این مطالعه در جامعه پزشکی ما (داخل کشور) کم و بیش دیده شده است، عبارتند از:

- ۱- دریافت مستقیم وجه جهت ارجاع بیمار برای عمل جراحی. در این حالت از طرف جراح مبلغ مشخصی در قبال ارجاع هر بیمار، به پزشک ارجاع کننده پرداخت می‌شود.
- ۲- پرداخت پول یا هدایای مالی در فواصل منظم به پزشکان ارجاع دهنده از طرف آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و مؤسسات دیگر پزشکی.
- ۳- رایگان کردن افراد فامیل پزشک توسط آزمایشگاه، رادیولوژی یا مؤسسات مشابه که پزشک معمولاً بیماران خود را به آن ارجاع می‌دهد.
- ۴- سهمی شدن در درآمد پزشکانی که قسمتی از مطب واقع در یک ساختمان پزشکان به آنها اجاره داده شده است. به این صورت که به ازاء هر بیماری که از طرف پزشکان آن مجتمع ارجاع می‌شود، درصدی از حق‌الزحمه باید به پزشک ارجاع دهنده پرداخت شود.
- ۵- امتیازاتی که در ازای نسخه کردن داروها (معمولاً گران‌قیمت) یا سفارش تجهیزات از طرف شرکت‌ها به پزشکان ارجاع کننده پرداخت می‌شود از جمله مسافرت‌های علمی و غیرعلمی، حمایت مالی از کنگره‌های علمی و پرداخت هدایا به پزشکان در حین کنگره.
- ۶- پرداخت پول به آمبولانس‌هایی که بیماران اورژانس را به بیمارستان‌ها منتقل می‌کنند (غیر از کرایه و هزینه‌های معمول حمل و نقل بیمار که توسط بیمار یا بیمارستان پرداخت می‌شود)
- ۷- پرداخت پول یا هدیه و یا دادن امتیازات خاص به پرستاران بخش و یا تکنسین‌های اتاق عمل و یا سایر کارکنان بیمارستان در ازای ترغیب و هدایت بیماران به آن پزشک.

۸- تمایل پزشکان سهام‌دار یک بیمارستان و یا یک مجموعه پزشکی به اینکه بیمارانی که ارجاع می‌دهند را به قصد افزایش درآمد آن مجموعه به همان جا معرفی کنند.

۹- عدم ارجاع بیمار به پزشک حاذق‌تر از خود در مواقعی که بیمار لازم است بنا به یک بیماری مشکل و صعب‌العلاج و یا یک عمل جراحی پیچیده به پزشکی هم‌رشته ولی دارای تجربه بیشتر در آن زمینه معرفی شود.

۱۰- رودربایستی و مراعات همکاران به سبب تعصبات صنفی. در مواقعی که بیمار می‌خواهد به پزشکی مراجعه کند که توانایی لازم در آن زمینه را ندارد، پزشکان از دادن اطلاعات لازم و درست در مورد آن همکار به بیمار امتناع می‌کنند. اگر چه در این معامله پولی دریافت نمی‌شود ولی در ازاء حفظ رابطه دوستی بین دو همکار بیمار متحمل زیان و ضرر می‌شود. این رابطه مغایر اصل صداقت است:

۱۱- پرداخت درصدی از حق‌الزحمه جهت معرفی و ارجاع بیماران نیازمند جراحی از کشورهای همسایه به آژانس‌ها، شرکت‌ها و یا افرادی که این بیماران را به افراد، بیمارستان‌ها و پزشکان معرفی کرده‌اند.

با وجود این موارد متنوع و گسترده اشکال سهم‌خواری، متأسفانه بحث مستقیم و تبادل افکار در سطح کنگره‌ها، کنفرانس‌ها، جلسات پزشکان و راندها در این زمینه انجام نمی‌شود و آگاهی کافی در مورد غیرقانونی بودن پدیده سهم‌خواری در پرستاران، کارکنان بیمارستان‌ها، دانشجویان و حتی بعضی پزشکان وجود ندارد. در جلسات و کنفرانس‌هایی که در زمینه اخلاق پزشکی است نیز بیشتر به کلیات و مسائل عام در مورد سهم‌خواری اشاره می‌شود و پدیده سهم‌خواری به طور مستقیم مورد اشاره و بحث قرار نمی‌گیرد. در هر حال ولی دیدگاه علمی پزشکان

متخصص اغلب نشان دهنده وجود آگاهی از موضوع و مخالف و بر علیه این موضوع است. اما تا جایی که مؤلف اطلاع دارد و بررسی کرده است هیچ موردی از برخورد قانونی و تنبیهی با پدیده سهم‌خواری در داخل کشور انجام نمی‌شود.

بحث: توسعه رشته پزشکی و تقسیم و تخصصی شدن آن در شاخه‌های متعدد و نیز توسعه روزافزون استفاده از روش‌های پاراکلینیکی باعث شده است که ارجاع بیماران به پزشکان دیگر، مراکز درمانی، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری دچار پیچیدگی‌ها و ابهامات خاصی شود، خواه این ارجاع برای انجام عمل جراحی باشد یا دستکاری‌های فنی دیگری که با اندوسکوپی، آنژیوگرافی، رادیوگرافی و یا استفاده از لیزر و تکنولوژی‌های جدیدتر صورت می‌گیرد. در گذشته‌های نه چندان دور کار ساده بود. اکثر درمان‌ها به وسیله پزشک عمومی انجام می‌شد، رشته‌های تخصصی نیز به موارد معدودی محدود بودند. در نتیجه مردم در هر شهر و مکان می‌دانستند که اگر نیاز به عمل جراحی باشد به چه فردی و یا کجا مراجعه کنند. اگر هم در یک رشته دو سه نفر متخصص در دسترس بود باز انتخاب هر کدام از آنها برای بیمار کار ساده‌ای بود. با وجود چنین شرایطی می‌توان گفت که در گذشته اکثر بیماران از خدمات پزشکی بهره‌مند می‌شدند که در شرایط آن زمان در حد مطلوب و منطقی بود و به اصطلاح کار به دست کاردان می‌رسید، بدون اینکه در این وسط افرادی بخواهند به عنوان حق ارجاع و یا سهم‌خواری کسب سود برای خود و زیان برای بیمار نمایند. امروزه کار به این سادگی نیست، اغلب درمان بیماری‌ها باید به وسیله چند گروه پزشک و نیز با استفاده از آزمایشگاه و تجهیزات مختلف صورت گیرد که برای ارجاع بیمار به آنها هم آگاهی علمی لازم است و هم امانت‌داری در حفظ منافع بیمار در موقعی که با منافع شخصی ارجاع دهنده تضاد پیدا می‌کند. براساس حرفه‌گرایی پزشکی و تعهد

به موازین اخلاقی پزشکی این تضاد منافع باید به نفع بیمار حل شود ولی اعمال پدیده سهم‌خواری مانع می‌شود.

پدیده سهم‌خواری اشکال مختلف اجتماعی و اقتصادی دارد که در هر زمان و در هر کشور می‌تواند متفاوت باشد. همچنین مواردی وجود دارد که به طور قطع نمی‌توان گفت که یک رفتار پزشکی از مصادیق سهم‌خواری محسوب می‌شود یا خیر. در کشور ما بخصوص مواردی چون حمایت شرکت‌ها از کنگره‌های علمی و مسافرت‌های علمی متخصصین، می‌تواند در عین حال که در ظاهر درست و مطابق با موازین حرفه پزشکی به نظر می‌رسد از مصادیق سهم‌خواری باشد. در هر حال وجود پدیده سهم‌خواری در هر زمینه می‌تواند باعث تخریب مبانی اخلاق پزشکی، نقض حقوق بیمار و جلوگیری از توسعه پزشکی و خدمت‌رسانی بهتر به بیماران شود. فرزانه زاهدی و باقر لاریجانی در مقاله خود تحت عنوان «تسهیم درآمدها و اخلاق پزشکی» تصریح می‌کنند که هر دو جنبه بحث تسهیم درآمد یعنی پرداخت مالی غیرقانونی به پزشک به ازای ارجاع بیمار و ارجاع بیمار به مراکزی که پزشک در سرمایه‌گذاری و مالکیت آنها سهیم است از لحاظ اخلاقی مورد نهی قرار گرفته و در برخی کشورها ممنوع شده است^(۱۰) در حقیقت هر دو جنبه قضیه مخالف منافع بیمار است چه دادن پولی که نباید بدهد و چه معرفی شدن به پزشک و یا مرکزی که اصلح نیست. بنابراین در اینجا به طور قطع تضاد منافع بین پزشک و بیمار وجود داشته که برخلاف موازین اخلاق در حرفه پزشکی به ضرر بیمار حل شده است. در مقایسه با سایر رفتارهای غیراخلاقی در حرفه پزشکی پدیده سهم‌خواری می‌تواند بیشتر از بقیه تأثیرات منفی فوق را داشته باشد چون این عمل ناپسند به صورت اجتماعی و گروهی و در عین حال بدون اطلاع بیمار انجام می‌شود و می‌تواند منجر به ایجاد جریان‌های مافیایی در جامعه

پزشکی شود. در صورت وجود سهم‌خواری در ارجاع بیمار مبنای اقدامات درمانی کم کم بر میزان سهم ارجاعی متکی می‌شود، کنترل مثبت پزشکان روی همدیگر از بین می‌رود، گروهی از پزشکان به وجود می‌آیند که با داشتن تعداد زیاد بیمار و گرفتن دستمزدهای بالا دارای ثروت و نفوذ شده مالکیت و سهام مراکز درمانی را خریداری کرده و مانع ورود و جذب افراد جوان علیرغم توانایی علمی و بالینی آنها می‌شوند. به ناچار پزشکان جوان یا اجیر این پزشکان متنفذ شده و یا در معرض بیکاری قرار می‌گیرند. بیمارستان‌ها نیز از نظر اقتصادی وابسته به این گروه از پزشکان شده و در نتیجه کنترل کیفی مدیریت بیمارستان‌ها روی عملکرد درمانی آنها از بین می‌رود. دیده شده است که در مواردی این‌گونه پزشکان شرایط خود را به بیمارستان‌ها تحمیل می‌کنند و هر طور که دلشان می‌خواهد با بیمار رفتار می‌کنند، در امر درمان بیمار وقت کافی نگذاشته و در بخشی کوچک از عمل جراحی یا درمان شرکت کرده و بقیه کار توسط دستیاران آنها انجام می‌شود. بیمارستان‌هایی که این گروه‌های درمانی در آنها نیستند به سرعت دچار کمبود بیمار و مشکلات اقتصادی می‌شوند. توسعه کمی و کیفی مراکز درمانی جدید به مانع برخورد می‌کند. بیمار که احتیاج به یک جراحی مهم دارد، هم پول می‌دهد و هم حاضر است جسم و جان خود را در اختیار پزشک معالج قرار دهد. در شهر چندین پزشک ورزیده در آن زمینه وجود دارد ولی این بیمار فقط یک مسیر را طی خواهد کرد و به یک پزشک معرفی خواهد شد. این پزشک نه از دیگران ورزیده‌تر است و نه وقت و توان کافی برای پاسخگویی به همه مشکلات بیمار را دارد. در این سیستم بیمار مجبور است بیشتر پول بدهد و کمتر از کیفیت برخوردار باشد بدون آنکه خود وی از این وضعیت آگاه باشد. در این سیستم معمولاً از جراحی‌های پیچیده و بیماران صعب‌العلاج اجتناب می‌شود و

سعی می‌شود با ساده کردن اقدامات و حذف بعضی از قسمت‌های خطرناک و در عین حال لازم جراحی این‌طور وانمود شود که در این مجموعه بیماران به سرعت و با حداقل عارضه درمان می‌شوند. در نتیجه توسعه علمی و کیفی کار پزشکی صورت نمی‌گیرد. به جای آن گرایش به تجمل پرستی و استفاده از روش‌ها و تجهیزات گران‌قیمت جای نوآوری واقعی را در پزشکی می‌گیرد. انجام اعمال جراحی غیرضروری، آزمایشات و بررسی‌های تصویری نیز بیشتر خواهد شد.

در مورد شرکت‌های دارویی و کنگره‌ها نیز این پدیده شبه مافیایی امکان بروز دارد. دیده شده است که پزشکان داروهای گران‌قیمت و یا روش‌های درمانی و تجهیزات گران‌قیمت را به بیمار توصیه کرده‌اند در حالی که درمان بیمار می‌توانست با داروهای مشابه ارزان‌تر و روش‌های درمانی ارزان‌تر با نتیجه کم‌و‌بیش یکسان انجام شود و در عوض پزشکان فوق از طرف شرکت‌ها به اشکال مختلف نظیر تأمین هزینه‌های مسافرت برای آشنایی با آن داروها و آن تجهیزات حمایت شده‌اند. این‌گونه مسافرت‌ها اگرچه در جهت یادگیری و آموزش روشی جدید و یا دارویی جدید است و یا حتی صرفاً در جهت شرکت در کنگره‌های علمی بین‌المللی است ولی می‌تواند نتایج منفی در سیستم درمانی و منافع بیماران ایجاد کند. در کشورهای صنعتی عمدتاً این‌گونه پشتیبانی‌ها و حمایت‌های شرکت‌ها و مؤسسات ارائه دهنده تجهیزات و داروها از پزشکان و سایر کادرهای درمانی منع قانونی دارد و از مصادیق تضاد منافع و سهم‌خواری هستند.^۳

باید دانست که پدیده سهم‌خواری را نباید با سایر رفتارهای نامطلوب و مخالف با اخلاق پزشکی نظیر گرفتن حق‌الزحمه خارج از تعرفه، عدم توجه کافی به بیمار، اشتباهات تکنیکی، اشتباهات در مورد تجویز دارو و کج‌رفتاری با بیمار مقایسه کرد. چون این سوء رفتارها جنبه فردی داشته کاملاً آشکار بوده و محدود به بیمار

و پزشک هستند و تأثیر اجتماعی محدودی در کل جامعه پزشکی دارند در حالی که سهم‌خواری تأثیر مخرب روی کل جامعه پزشکی داشته و جامعه پزشکی را در جهت مخدوش کردن روابط، نظارت و کنترل کیفیت سوق می‌دهد که جبران آن بسیار مشکل است. به همین دلیل است که به طور مستمر با این پدیده در جوامع پزشکی بین‌الملل برخورد می‌شود و قوانین جدید بر علیه آن وضع می‌شود. در جامعه پزشکی کشور ما نیز لازم است این موضوع بیشتر مورد توجه قرار گیرد. به نظر مؤلف اقدامات زیر می‌تواند در این جهت مؤثر باشد:

- ۱- انجمن‌های پزشکی از اعضای خود بیان کتبی بگیرند که اقدام به سهم‌خواری نکنند.
- ۲- در کنفرانس‌ها و کنگره‌های داخلی سهم‌خواری و اشکال محلی آن به صورت مستقیم و موضوعی مورد بحث قرار گیرد.
- ۳- در گراند راندها در بخش‌های آموزشی با دستیاران و دانشجویان موضوع بحث شود.
- ۴- در واحدهای آموزشی دانشجویان در درس اخلاق پزشکی به صورت موضوعی تدریس و بحث شود.
- ۵- در سطح نشریات عمومی غیرپزشکی توسط اساتید پیشکسوت عنوان شود.
- ۶- سیستم اطلاع‌دهی مستمر و سریع به پزشکان ارجاع دهنده بیماران به بیمارستان‌ها دایر شود.
- ۷- در موقع تأسیس مجتمع‌های پزشکی در اساسنامه آنها براثت از سهم‌خواری مورد تأکید قرار گیرد.
- ۸- راهکارهای شناخت اشکال سهم‌خواری و برخورد با اشکال محلی آن مورد توجه مدیریت‌های بیمارستانی و پزشکی قرار گیرد. در حالی که ممکن است در

موردی که بیمار برای آن ارجاع شده است، آن مرکز درمانی ضعیف‌تر یا حتی ناتوان باشد.

۹- هر رفتار حرفه‌ای که پزشک نتواند آن را به‌طور آشکار در جمع همکاران و جامعه عنوان کننده یک رفتار برخلاف حرفه پزشکی است. این مطلب باید در اساسنامه انجمن‌های پزشکی قید شود.

خوشبختانه در سال‌های اخیر در مجامع پزشکی و دانشگاهی، اخلاق پزشکی مورد توجه زیادی قرار گرفته و مراکز تخصصی و علمی در این زمینه ایجاد شده است و فعالیت‌های چشمگیری در جهت آموزش به دانشجویان ایجاد شده است. باید در جریان تدریس و توسعه اخلاق پزشکی به مطالب موضوعی از جمله پدیده سهم‌خواری توجه شود و شناخت این پدیده و راه‌حل‌های مناسب مقابله با آن در داخل کشور و مطابق با شرایط اجتماعی کشور انجام شود.

نتیجه

ارجاع بیمار به پزشک دیگر یک ودیعه پزشکی و یک امانت مهم است که اهمیت آن از سایر جنبه‌های درمانی بیمار کمتر نیست. همان‌طور که پزشکان امانت‌دار جان، راز و ناموس بیماران هستند به همان اندازه نیز در امر ارجاع باید امانت‌دار باشند.

اشکال مختلف سهم‌خواری کم و بیش در جامعه پزشکی ما دیده می‌شود. مقابله با این رویه ناپسند و غیراخلاقی پزشکی در کشور ما لازم است و نیاز به سعی و تلاش و زمان دارد و باید برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های آموزشی، درمانی و قانونی برای مقابله با آن انجام شود.

- 1- Medical Fee Splitting in New York. California and Western Medicine. 1932 September; 37(3).
- 2- American Medical Association: Council on Ethical and Judicial Affairs. The AMA's Code ama-assn.org/ama/pub/category/2498 (accessed Oct. 2006).
- 3- Search: www.ropesgray.com. Client Alert; June 16, 2006. Proposed Massachusetts Laws Would Ban Gifts By Drug and Device Marketers, Require Licensing of Pharmaceutical Representatives.
--www.malegislature.gov. Session Laws: Chapter 305 an act to promote cost containment, transparency and efficiency in the delivery of quality health care. (see Senate No 2863) Approved by the Governor, August 19, 2008.

فهرست منابع

- Hannah HW. Fee splitting, Kickbacks, rebates, and commissions. J Am Vet Med Assoc. 1998 Apr 1;212(7).
- Glaser DM. Legal issues affecting ancillaries and orthopedic practice. Orthop Clin North Am. 2008 Jan; 39(1): 89-102.
- Gassman AS. Fear and loathing in Florida—PPMC's, fee-splitting, and anti-kickback implications. Health Care Law Mon. 1999 Oct.
- Jacobs RO, Goodman E. Splitting fees or splitting hairs? Fee splitting and health care--the Florida experience. Ann Health Law. 1999;8:239-74.
- Jurkiewicz MJ, Parks P. Fee-splitting: College bylaws clarified. Bull Am Coll Surg. 1985 Nov; 70(11).
- عباسی، عزیزالله؛ بهگام شادمهر، محمد؛ عرب، مهرداد؛ دکتر مجتبی جواهرزاده، ... پیامدهای زیانبار پرداخت مقداری از حق العلاج به پزشکی که بیمار را ارجاع داده است (حق حساب - رشوه). نشریه جراحی ایران، دوره چهاردهم، شماره ۴، سال ۱۳۸۵، صفحه: ۱۱۶-۱۰۹.
- Dickens BM, Cook RJ. Conflict of interest: legal and ethical aspects. Int J Gynaecol Obstet. 2006 Feb; 92(2).
- طباطبایی، سید محمود؛ برخی معیارهای اخلاق پزشکی از دیدگاه محمدبن زکریای رازی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی. سال ۱۳۸۷، شماره ۱ (۲).
- الگود، سیریل؛ مترجم: باهر فرقانی. تاریخ پزشکی ایران و سرزمین های خلافت شرقی. انتشارات امیر کبیر، سال ۱۳۷۱.
- لاریجانی، باقر؛ زاهدی، فرزانه؛ تسهیم درآمدها و اخلاق پزشکی، مجله دیابت و لیپید ایران، پاییز ۱۳۸۵، دوره ۶ (شماره ۱).
- گودرزی، فرامرز؛ پزشکی قانونی، گنج دانش؛ ۱۳۷۸، چاپ دوم.
- دانشور، پویا؛ قدوسی، آرش؛ قشلاقی، فرزاد. قانون و حرفه پزشکی، انتشارات رنا، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سال ۱۳۸۴.

رفیع زاده طبایی زواره، سیدمحسن؛ حاج منوچهری، رضا؛ نساجی زواره؛ مریم. بررسی فراوانی قصور پزشکان عمومی در شکایات ارجاعی به کمیسیون قانونی مرکز. مجله علمی پزشکی قانونی، پاییز ۱۳۸۶، ۱۳ (۳ مسلسل ۴۷).

Iglehart JK. Congress moves to regulate self-referral and physicians' ownership of clinical laboratories. N Engl J Med 1990.

Levin AV, Ganesh A, Al-Busaidi A. Fee splitting in ophthalmology. Can J Ophthalmol; 2011 Feb; 46 (1).

یادداشت شناسه مؤلف

عزیزاله عباسی دزفولی؛ استاد جراحی قفسه سینه. مرکز تحقیقات بیماری‌های نای، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری.

محمد بهگام شادمهر؛ دانشیار جراحی قفسه سینه. مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی.

کامبیز شیخی؛ استادیار جراحی قفسه سینه. مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی.

ابوالقاسم دانشور؛ استادیار جراحی قفسه سینه. مرکز تحقیقات بیماری‌های نای، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی.

سیدرضا ناقبی؛ استاد یار جراحی قفسه سینه. مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی.

رویا فرزندگان؛ پزشک عمومی. مرکز تحقیقات بیماری‌های نای، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی.

سائیز پڑهان؛ استادیار جراحی قفسه سینه. مرکز تحقیقات پزشکی از راه دور، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی.

نشانی الکترونیکی: SPEjhan@yahoo.com

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۹۰/۲/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۴/۲۳